

Année 1938

THÈSE

N° 268

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

ROSENSTECH Neuman

né le 3 Juin 1911 à Cernauti (Roumanie)

L'ablation de l'amygdale opposée au cours
de l'amygdalectomie à chaud pour phlegmon
périamygdalien unilatéral.

Président : M. Lemaître, Professeur

Année 1938

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

ROSENTECH Neuman

né le 3 Juin 1911 à Cernauti (Roumanie)

**L'ablation de l'amygdale opposée au cours
de l'amygdalectomie à chaud pour phlegmon
périamygdalien unilatéral.**

Président: M. Lemaître, Professeur

IMPRIMERIE STUDIO

8, rue de Nesle

PARIS - VI

LE DOYEN. . . TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	POLONOVSKI
Bactériologie	Robert DEBRÉ
Parasitologie et histoire naturelle médicale ...	BRUMPT
Pathologie et thérapeutique générale	BAUDOUIN
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU
Thérapeutique	HARVIER
Hygiène et médecine préventive	TANON
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie ...	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER
	CARNOT
	CLERC
Hygiène et clinique de la première enfance ..	Marcel LABBÉ
Clinique des maladies des enfants	LEREBoullet
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	NOBÉCOURT
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE
Cliniques des maladies du système nerveux ...	GOUGEROT
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN
	LEMIERRE
Clinique chirurgicale	CUNÉO
	GOSSET
	GRÉGOIRE
Clinique ophtalmologique	LENORMANT
Clinique urologique	TERRIEN
	MARION
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	JEANNIN
Clinique gynécologique	LEVY-SOLAL
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie..	MOCQUOT
Clinique thérapeutique médicale	OMBRÉDANNE
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL
Clinique de la Tuberculose	M. VILLARET.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	BEZANÇON
Clinique cardiologie	MATHIEU
Clinique d'Assistance Médico-sociale	LAUBRY.
	CROUZON.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE
	MULON
	OLIVIER
	VERNE



II. — AGRÈGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale
 BARIETY Pathologie médicale.
 BÉNARD Henri. Pathologie médicale
 BERNARD Etienne Pathologie médicale
 BESANÇON Justin . Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale
 BULLIARD Histologie
 CATHALA Pathologie médicale
 CHEVALLIER ... Pathologie médicale
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique
 FEY Urologie
 FUNCK Pathologie chirurgicale
 GALLIARD Parasitologie
 GASTINEL Bactériologie
 DE GAUDART D'ALLAINES Pathologie
 chirurgicale
 GAYET Physiologie
 DE GENNES Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie
 HAGUENAU ... Pathologie médicale
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie
 HAZARD Pharmacologie
 HUGUENIN Anatomie pathologique
 JOANNON Hygiène
 LACOMME Obstétrique
 LANTUÉJOUL .. Obstétrique
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale

MM.

LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale
 LEVEUF Pathologie chirurgicale
 Mlle J. LÉVY ... Pharmacologie
 LÉVY-VALENSI Neurologie et
 psychiatrie
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale
 MOUQUIN Pathologie médicale
 PETIT-DUTAILLIS Pathologie
 chirurgicale
 PIÉDELIÈVRE .. Médecine légale
 PORTES Obstétrique
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie
 SANNIÉ Chimie biologique
 SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale
 TROISIER Pathologie expérimentale
 TURPIN Pathologie médicale
 VIGNES Obstétrique
 WILMOTH Pathologie chirurgicale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale
 BUSQUET Pharmacologie
 CHAILLEY-BERT Physiologie
 GUÉNIOT Obstétrique
 HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS .. Pathologie chirurgicale
 LE LORIER Obstétrique.
 SCHWARTZ ... Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL ... Obstétrique

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE .	Clinique médicale	BASSET	Clinique chirurgicale
AUBERTIN		BROCO	
BRULÉ		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VALLERY- RADOT			
SÉZARY			

MM.	
ECALLE	Clinique obstétricale
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé ..	Éducation physique
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE, A MON PÈRE

Faible témoignage de mon amour filial et de ma reconnaissance pour leur affection et leurs sacrifices.

A MA FEMME

Je dédie ce modeste travail en témoignage de mon affectueuse tendresse.

A MON PETIT MARC

A MES BEAUX-PARENTS

Toute ma reconnaissance pour leur encouragement et leur bonté.

A ROBERT, MON FRÈRE ET AMI

AUX MIENS ET AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMAITRE

*Professeur de clinique oto-rhino-laryngologique
à la Faculté de Médecine de Paris.*

*Chef du service d'oto-rhino-laryngologie
de l'hôpital Lariboisière.*

Officier de la Légion d'honneur.

Hommage de respectueuse gratitude
pour le grand honneur qu'il nous fait
en acceptant la présidence de cette
thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR E. HALPHEN

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.

*Chef du service d'oto-rhino-laryngologie
de l'hôpital Saint-Antoine.*

Chevalier de la Légion d'honneur.

Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse. En témoignage de profonde ad-
miration et de respectueuse gratitude
pour son enseignement lumineux qu'il
nous a si largement dispensé dans son
service.

A mes maîtres dans les hôpitaux

M. LE PROFESSEUR LAUBRY
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MONDOR
M. LE PROFESSEUR ABRAMI
M. LE DOCTEUR BABONNEIX
M. LE PROFESSEUR LEMIERRE
M. LE DOCTEUR MILIAN
M. LE PROFESSEUR GUILLAIN

Externat :

M. LE DOCTEUR CHEVRIER
M. LE DOCTEUR LE MEE
M. LE DOCTEUR JANET
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HEITZ-BOYER

A mes Maîtres de la Faculté

A MONSIEUR LE DOCTEUR DJIROPOULOS

*Chef de laboratoire du service d'oto-rhino-laryngologie,
de l'hôpital Saint-Antoine.*

Toute notre gratitude pour ses bons
conseils.

AVANT-PROPOS

Les méthodes thérapeutiques des phlegmons péri-amygdaliens ont subi une évolution constante depuis le début du siècle. Si certaines, comme l'incision et la dilacération à la pince, jouissent encore de la faveur d'un grand nombre de praticiens, d'autres plus récentes, comme l'amygdalectomie à chaud se sont imposées depuis quelques années seulement.

L'amygdalectomie à chaud semble être le traitement rationnel des phlegmons périamygdaliens. Elle réalise, en effet, des conditions idéales de drainage et écarte les récidives. Aussi, dans le service de notre maître, le prof. agrégé Halphen, l'amygdalectomie à chaud est pratiquée systématiquement dans les phlegmons péri-amygdaliens.

L'amygdalectomie était pratiquée jusqu'à ces derniers temps seulement du côté phlegmoneux, car on jugeait l'ablation de l'amygdale opposée comme étant dangereuse. Cette hypothèse fut infirmée par le Docteur Baldenweck, qui publia 60 observations d'amygdalectomie bilatérale ayant donné des résultats très satisfaisants.

C'est à la suite de cette communication que notre maître nous suggéra de suivre un certain nombre de malades ayant subi cette opération dans son service.

Nous nous proposons d'exposer dans notre thèse nos constatations cliniques et anatomo-pathologiques sans préjuger de la légitimité de cette méthode opératoire trop récente pour s'imposer dans la pratique courante.

Évolution du traitement des phlegmons de l'amygdale

Les médecins, autrefois, s'abstenaient d'ouvrir un phlegmon de l'amygdale par crainte de complications graves. Ils préféraient attendre l'ouverture spontanée qu'ils facilitaient parfois en provoquant des vomissements par l'administration d'ipéca vers le 5^e ou 6^e jour de l'évolution. Cette attitude expectative, outre le danger d'une évolution grave, prolongeait inutilement la souffrance des malades et augmentait les chances de complications. Aussi, le phlegmon de l'amygdale était-il classé parmi les maladies graves.

L'introduction du traitement chirurgical dans la thérapeutique des phlegmons de l'amygdale, modifia heureusement le pronostic de cette affection. Utilement secondée par le traitement médical abortif à la période de début, l'intervention chirurgicale a subi une évolution constante.

Le traitement abortif doit être tenté avant tout traitement chirurgical, et à la phase de début. Les résultats sont souvent excellents et évitent l'intervention. Triboulet, au début du siècle, faisait avorter les abcès par des injections intra-veineuses d'électrargol ; Toupet par des injections intra-musculaires de staphylase de Doyen. M. Baldenweck propose des injections intra-musculaires de 3-5 cc. de propidon, et constate l'avortement dans 40 pour cent des cas. D'autres préfèrent agir au siège même de l'inflammation. Bourgeois injecte de l'argent colloïdal au pôle supérieur de l'amygdale. MM. Halphen et Djiropoulos préconisent le bactériophage dont ils injectent 2 cc. en plein voile suivi d'une auto-hémothérapie. Cette injection peut être répétée dans les 24 heures à condition que l'abcès ne soit pas collecté.

La condition de succès du traitement abortif réside dans sa précocité. Lorsque la ponction ramène du pus, il faut recourir aux méthodes chirurgicales. Les plus anciennes sont l'incision et la dilacération à la pince.

L'incision, après anesthésie locale, se fait différemment suivant le siège de la collection. Son emplacement reste commandé par les idées classiques sur les phlegmons de l'amygdale. Il est bon de compléter l'incision par un débridement à la pince.

La dilacération à la pince s'est répandue depuis une quinzaine d'années. On se sert généralement de la pince nasale de Lubet-Barbon qu'on enfonce fermée après anesthésie au mélange de Bonain au lieu électif de drainage : au milieu et légèrement en dedans de la ligne réunissant l'insertion de la luette au collet de la dernière grosse molaire supérieure. On retire la pince ouverte en dilacérant les tissus. C'est une méthode simple, qui a l'avantage d'être pour ainsi dire sans danger. C'est en outre un traitement d'attente à la main d'un médecin non spécialisé.

Cependant, ces méthodes sont insuffisantes dans nombre de cas. L'incision et le débridement font une ouverture médiocre, réalisant ainsi de mauvaises conditions de drainage, d'où fréquence des récidives.

L'amygdalectomie à chaud, méthode relativement récente, soulève encore aujourd'hui de vives critiques. C'est Chassaignac le premier qui dans son « Traité de suppuration et drainage » (1859) préconise l'ablation immédiate de l'amygdale coupable « dans les suppurations tonsillaires et même dans tous les cas d'amygdalite aiguë ». Malgré les résultats satisfaisants, la méthode ne fut reprise qu'en 1911 par Winkler. Depuis, elle fut essayée par nombre d'auteurs, notamment Theisen en 1911, Neller et Hollinger en 1921, Barnes, Erdelyi, Basassilvas, Taptas en 1929. Par la suite, elle fut préconisée par Halphen, Louis Leroux.

Ces auteurs démontrèrent que le seul drainage logique et suffisant était réalisé par l'amygdalectomie à chaud. Canuyt propose l'amygdalectomie en deux temps ou amygdalectomie à tiède. Cette opération comprend deux interventions successives :

1° Ouverture large de la loge amygdalienne.

2° Amygdalectomie totale.

Il propose donc d'ouvrir la loge amygdalienne par le chemin le plus direct et le plus court, d'inciser le phlegmon et de drainer largement cette suppuration. La loge amygdalienne reste largement ouverte jusqu'au jour où l'on décide l'amygdalectomie.

L'avantage de l'amygdalectomie totale sur les autres procédés est manifeste. Les complications sont sans conteste moins fréquentes, car l'amygdalectomie ouvre et draine complètement la collection.

Certains auteurs préfèrent inciser et débrider l'abcès, en attendant le refroidissement. L'amygdalectomie à froid serait alors moins dangereuse et moins pénible pour le malade. A cela s'oppose la mentalité de certains malades : « On sait que le malade, une fois guéri, ne revient pour ainsi dire jamais se faire enlever les amygdales à froid, malgré toutes les recommandations qu'on lui fait à ce sujet et malgré toutes les promesses qu'il donne pendant qu'il souffre. » (Bal-denweck.) Il ne revient que lors d'une récurrence. L'amygdalectomie immédiate évite les récurrences à tout jamais.

Les suites opératoires sont étonnamment bonnes. Dans le service de notre maître, le D^r Halphen, on n'a pour ainsi dire jamais observé d'accident ou incident sérieux au cours de l'amygdalectomie à chaud. L'apyraxie est de règle vers le 3^e ou 4^e jour, les phénomènes locaux insignifiants : « Ce qui frappe, en effet, au moment et après l'intervention, c'est d'abord l'absence de réactions inflammatoires locales ou infectieuses géné-

rales que, théoriquement et classiquement, on pourrait craindre en milieu infecté. Bien plus, la détersion de la plaie est plus rapide que dans l'opération à froid. » (Guillemin et Camoreyt.)

Toutes ces constatations sur l'innocuité de l'amygdalectomie à chaud ont amené quelques auteurs à essayer l'ablation simultanée de l'amygdale non phlegmoneuse. Hofer en 1927 l'a pratiquée avec succès dans 8 cas de phlegmon périamygdalien unilatéral ; Canuyt dans 6 cas. Mais cette méthode ne fut jamais essayée sur un nombre plus important de malades. La majorité des auteurs la condamnait d'ailleurs par crainte de complications graves. L. Leroux, tout en étant favorable à l'amygdalectomie à chaud, ajoute : « Il faut bien se garder de toucher à la tonsille du côté opposé et ne pas mettre une plaie opératoire en présence d'un abcès. »

Baldenweck posa à nouveau la question de la légitimité de « l'ablation de l'amygdale opposée au cours de l'amygdalectomie à chaud pour phlegmon périamygdalien unilatéral », au cours du Congrès d'oto-rhino-laryngologie de Bruxelles 1937. Il s'appuya sur les résultats obtenus dans 60 cas pour justifier cette méthode tout en spécifiant que les recherches n'étaient pas assez avancées pour permettre de préconiser cette manière de faire dans la pratique courante.

L'amygdalectomie bilatérale, au cours d'un phlegmon unilatéral.

Pour juger de la légitimité de cette intervention, deux questions sont à résoudre :

- 1° L'ablation bilatérale est-elle dangereuse ?
- 2° Quel est son avantage sur les autres méthodes ?

A priori cette pratique paraît dangereuse. Dans un milieu aussi infecté que la cavité buccale au cours d'un phlegmon, mettre à nu la loge opposée qu'on se représente non ou mal défendue, ouvrir les voies vasculaires et lymphatiques ne paraît pas exempt de tout danger.

La pratique ne semble pas justifier cette opinion. Les auteurs qui ont pratiqué l'ablation des deux amygdales s'accordent pour affirmer qu'ils n'ont jamais constaté ni accident ni incident, que l'évolution était toujours normale, comme si on n'avait touché qu'au côté phlegmoneux.

Quelle explication peut-on donner de l'absence d'incidents et de l'évolution post-opératoire si favorable ? Baldenweck met en cause un processus défensif organisé en arrière de l'amygdale non phlegmoneuse, tel qu'on le rencontre du côté phlegmoneux. Le côté non coupable serait donc lui aussi malade. L'auteur apporte à l'appui de son argument des examens histologiques pratiqués sur l'amygdale « apparemment saine ».

Les modifications histologiques de l'amygdale non phlegmoneuse témoignent d'une poussée antérieure d'amygdalite, d'où renforcement de la barrière de défense contre l'envahissement toxique et microbien. Le

phlegmon de l'amygdale est d'ailleurs souvent précédé d'une angine bilatérale. Si le phlegmon se développe d'un côté, estime l'auteur, c'est sans doute à cause de la moindre défense locale de ce côté. L'amygdalectomie du côté non phlegmoneux trouverait donc une région capable de se défendre et qui jouit sans doute aussi de quelque immunité locale.

Quel est l'avantage de l'ablation bilatérale ? Incontestable pour le médecin, qui réalise une économie de temps appréciable. Il pratique en effet deux actes opératoires au cours d'une seule intervention, puisque tôt ou tard l'ablation de l'amygdale non phlegmoneuse deviendra nécessaire. Les malades eux aussi préfèrent être « débarrassés » une fois pour toutes. Ils se résignent d'ailleurs beaucoup plus facilement à subir une opération un peu plus longue quand ils souffrent, qu'ils le feraient en dehors de toute période aiguë. Malgré toutes les recommandations du médecin, ils préfèrent attendre « avoir mal » pour se faire opérer, d'où fréquence relativement grande des récidives du côté opposé.

Cette amygdale du côté opposé présente d'ailleurs le plus souvent les traces des poussées inflammatoires précédentes. Même quand leur aspect paraît normal, l'examen histologique révèle une altération plus ou moins profonde de la structure folliculaire. Ces amygdales, même si elles ne deviennent pas plus tard le siège d'une collection suppurée, ont toutes les chances de subir dans l'avenir de nouvelles poussées d'amygdalite. Leur ablation ne peut donc qu'être utile.

Indications et contre-indications

Peut-on pratiquer l'amygdalectomie bilatérale à tout âge, dans toutes les conditions et même dans le cas d'infection grave ? Les 60 cas observés par M. Baldenweck portaient sur des malades aussi variés que possible : malades plus ou moins infectés, trai-

tés antérieurement ou non, présentant des réactions ganglionnaires variables. Dans 3 cas même, les conditions étaient en apparence défavorables, du moins pour l'ablation de l'amygdale non phlegmoneuse. L'évolution en a été tout à fait normale.

Parmi les 16 malades que nous avons régulièrement suivis, 4 présentaient un état général précaire. Cependant, les résultats furent toujours satisfaisants, les suites opératoires normales, permettant la sortie des malades vers le sixième jour au plus tard.

Nous ne croyons donc pas devoir retenir de contre-indications formelles à l'amygdalectomie bilatérale.

M. Baldenweck estime qu'il faut prendre certaines précautions, qui d'ailleurs ne sont pas spéciales à cette technique. Comme pour toute angine, un frottis doit être fait et comme pour tout phlegmon l'amygdalectomie doit être rejetée si l'examen montre des bacilles de Loeffler. Enfin les malades doivent être hospitalisés pendant quelques jours, comme pour toute amygdalectomie.

L'intervention

La technique opératoire de l'amygdalectomie à chaud ne diffère pas beaucoup de celle de l'amygdalectomie ordinaire.

Comme il s'agit de l'ablation de deux amygdales dont l'une est le siège d'une collection purulente, il nous paraît indispensable de prendre certaines précautions. Il est préférable de se servir d'une instrumentation double : deux seringues pour l'anesthésie, deux curettes et deux anses.

D'autre part, il est plus aisé de commencer par le côté non phlegmoneux, où l'anesthésie est toujours bonne. En commençant par l'amygdale phlegmoneuse, dont l'exérèse est souvent un peu douloureuse, on risque de voir le malade s'opposer à l'opération du côté opposé.

Nous sommes cependant persuadés qu'une bonne anesthésie locale est réalisable, si on veut bien s'en donner la peine. Pour cela, il ne faut pas craindre de remplir plusieurs fois la seringue avec la solution de novocaïne à 1 p. 200. Les régions à anesthésier sont :

1° En haut, à l'union des piliers. 2° En bas, à la base du pilier antérieur. 3° Surtout au niveau de la base de l'amygdale, où l'anesthésie doit être profonde à 2 cm. environ vers le haut et en dedans.

Nous complétons l'anesthésie par un badigeonnage au liquide de Bonain.

Dans le cas de trimus important, nous obtenons l'ouverture spontanée de la bouche par la méthode de M. Halphen, méthode qui consiste en l'anesthésie des fibres trigémino-sympathiques au niveau de l'ostium sphénoïdal par le mélange de Bonain.

La technique de l'amygdalectomie du côté non phlegmoneux est celle de toutes les amygdalectomies à froid. Si l'anesthésie complète est plus facilement réalisable de ce côté-là, le décollement de l'amygdale est plus difficile. L'absence de tout plan de clivage, les adhérences fréquentes rendent l'opération malaisée.

Du côté phlegmoneux au contraire, lorsqu'on trouve le plan de clivage, l'opération est pratiquement terminée. On incise à la faux de Ruault le pilier antérieur. Dans un deuxième temps on extériorise l'amygdale à l'aide d'une pince de Bourgeois et on introduit la curette de Volkmann vers le pôle supérieur de l'amygdale. On décolle l'amygdale, pendant que l'autre main attire l'amygdale en dehors. Dans un troisième temps on sectionne à l'anse froide l'amygdale au niveau de son hile.

Il est indispensable de se faire assister par un aide qui aspire le pus et le sang pendant l'opération.

Les suites opératoires

Tous les auteurs ayant pratiqué l'amygdalectomie à chaud insistent sur son évolution post-opératoire particulièrement favorable. Les signes généraux s'amendent rapidement, souvent dès le lendemain. Il est intéressant de constater la cessation des douleurs habituelles à l'abcès dans les heures qui suivent l'intervention. Les hémorragies font défaut ou sont minimales. L'apyrexie est de règle vers le 3^e ou 4^e jour et les malades quittent l'hôpital au plus tard une semaine après l'opération.

Les suites opératoires ne sont pas moins favorables lorsqu'on pratique en même temps l'ablation de l'amygdale non phlegmoneuse. Les malades que nous avons suivis n'ont jamais présenté de complication post-opératoire ou de séquelle. Deux malades seulement ont quitté le service le 6^e jour, tous les autres ont pu partir avant, présentant à leur sortie un état général et local parfait. Nous avons d'ailleurs revu un certain nombre de ces malades au bout de quelque temps. Tous ont été surpris par la sensation de bien-être et la rapidité de la guérison.

OBSERVATIONS

OBS. I. — Mme Le G... Jeanne, 27 ans, est entrée dans le service le 4.11.1937 pour dysphagie et fièvre. Dans ses antécédents on note des angines à répétition, surtout hivernales, depuis son enfance. A l'examen, on trouve une collection amygdalienne à gauche, accompagnée d'une adenopathie sous-maxillaire bilatérale. Le trismus est modéré. L'amygdale droite est hypertrophiée, cryptique. La ponction en pleine tuméfaction ramène du pus.

Amygdalectomie bilatérale. Dès le lendemain disparition du trismus, la dysphagie est minime, temp. 37°8. Les loges amygdaliennes ne saignent pas. Le 2^e jour temp. 37°4, état général et local satisfaisant. La malade quitte le service le 3^e jour.

OBS. II. — M. V... Georges, 27 ans, est entré dans le service le 8.11.1937 pour phlegmon périamygdalien gauche. Il avait subi une tonsillectomie bilatérale à froid à 10 ans. Depuis, angines et rhinites fréquentes. Otite catarrhale il y a 2 ans. Début brusque le 1.11.1937 par frisson, température à 39°6, angine. Vers la fin de la semaine, la dysphagie s'accroît. Le malade se présente à la consultation porteur d'une collection gauche. A la ponction : pus. L'amygdale opposée présente les traces d'une inflammation récente. Adénopathie presque nulle. Amygdalectomie bilatérale. Le lendemain de l'opération temp. 38°2. Etat local et général très satisfaisant. 2^e jour temp. 37°5. Sortie le 3^e jour.

OBS. III. — Mme K... Raymonde, 27 ans, se présente à la consultation le 18.11.1937 pour un phlegmon périamygdalien droit. Angines fréquentes depuis fort longtemps. Diphtérie à l'âge de 7 ans. A été opérée des amygdales à l'âge de 12 ans.

Le début remonte à 3 jours. Dysphagie importante, temp. 38° pendant les deux derniers jours précédant l'opération. Examen : tuméfaction importante à droite. Pus à la ponction. L'amygdale gauche paraît saine. Grosse adénopathie sous-maxillaire droite. Amygdalectomie bilatérale. Suites opératoires bonnes. Les loges amygdaliennes sont nettes. Pas d'hémorragie. 2^e jour 37°4. Sortie le 4^e jour.

OBS. IV. — M. B... Marc Christian, 26 ans. Entré dans le service le 22.11.1937 pour une angine rouge, banale, accompagnée de fièvre à 40°, dysphagie, persistant pendant 3 jours. Puis, amélioration légère, chute de la température à 38°2. Le lendemain, le malade se plaint d'une dysphagie importante et d'une certaine difficulté pour respirer. A l'examen, grosse tuméfaction siégeant à gauche, coïncidant avec une angine à fausses membranes (pas de Loeffler). Adéno-pathie énorme sous-maxillaire. Amygdalectomie bilatérale. Dès le lendemain, la dysphagie a diminué sensiblement, la température reste à 38°. Le malade a été un peu agité pendant la nuit. Température stationnaire le 2° jour, mais le malade se sent beaucoup mieux. Puis l'état général et local s'améliore progressivement permettant la sortie du malade au 6° jour.

Nous avons revu notre malade au cours du mois de février 1938. Son état général était excellent, la cicatrisation parfaite.

OBS. V. — M. F... Moïse, 43 ans. Malade entré dans le service le 30.11.1937 pour phlegmon périamygdalien gauche. Le début remontait à 4 jours, lorsque le malade commençait à ressentir une vague douleur pharyngée accompagnée d'otalgie. La température variait autour de 37°5. Le malade n'avait présenté auparavant aucune manifestation rhino-pharyngée, mais une toux tenace. Son état s'aggravant, il s'est présenté à la consultation. Il présentait une tuméfaction amygdalienne gauche refoulant complètement la luette, accompagnée d'un trimus considérable. L'amygdale droite paraissait saine. Temp. 38°. L'amygdalectomie bilatérale est pratiquée séance tenante. Les suites opératoires sont normales. Dès le lendemain, soulagement considérable, temp. 37°5. Sortie dans des conditions satisfaisantes le 3° jour. Le malade a été revu deux mois après. Bon état local, le malade tousse beaucoup moins.

OBS. VI. — M. K... Thomas, 43 ans, présentait des antécédents chargés : angines fréquentes, phlegmon périamygdalien gauche ayant récidivé à 2 reprises après incision et débridement. Le début de l'affection actuelle remonte à 4 jours par une angine banale sans fièvre. Progressivement, apparition d'une dysphagie, en même temps que la température monte à 38°2,

puis à 38°6. On note un trismus considérable, dysphagie importante et dysphonie. La ponction de la tuméfaction ramène du pus. Amygdalectomie bilatérale. Amélioration très sensible dès le lendemain. Sortie dans des conditions normales le 3^e jour. Malade revu au bout de deux mois. Etat plus que satisfaisant.

OBS. VII. — M. D... Marcel, 32 ans, avait déjà présenté un phlegmon à gauche, ainsi que des angines fréquentes. La première fois l'amygdale avait été incisée. Le malade est revenu un an après porteur d'une collection énorme du même côté. L'amygdale opposée était hypertrophiée. Etat général franchement mauvais. Gros amaigrissement, temp. à 38°8, adénopathie douloureuse. L'amygdalectomie bilatérale est suivie d'une amélioration immédiate et sensible. La température tombe à 37°8 puis le lendemain à 37°4. Localement, les loges amygdaliennes sont propres. Du côté phlegmoneux petite hémorragie sans suites. Le malade est sorti 3 jours après son opération. Revu 2 mois plus tard. Localement, petit reliquat d'amygdale à gauche. Le malade avait repris 3 kilogs.

OBS. VIII. — M. G... Victor, 28 ans, présentait un phlegmon à gauche. Il ne s'était auparavant jamais plaint de sa gorge. Début brutal en pleine santé apparente : frissons, courbature et fièvre. Un médecin appelé constate une angine rouge. L'état du malade s'améliora par la suite et il songeait déjà à reprendre son travail, lorsqu'il fut pris à nouveau d'un mal de gorge violent, dysphagie et trismus. A l'examen : phlegmon périamygdalien gauche. L'amygdale non phlegmoneuse paraît saine. L'amygdalectomie bilatérale est suivie d'une amélioration immédiate et nette. Dès le lendemain chute de la température de 38°5 à 37°4. Le malade est soulagé et quitte l'hôpital le 3^e jour.

OBS. IX. — M. L... Messour, 37 ans, se présente le 13.1.1938 avec une collection amygdalienne droite. Dans les antécédents on note quelques angines sans importance. Son phlegmon débuta il y a 8 jours par une angine banale. Devant la persistance de la température (38°5) et de la dysphagie, le malade se décide de se présenter à la consultation. Amygdalectomie bilatérale. Suites opératoires normales. Sorti le 4^e jour.

OBS. X. — Mme D... Léontine, 52 ans, avait déjà présenté un phlegmon bilatéral à l'âge de 20 ans. Il fut incisé, mais la maladie continua à se plaindre souvent de sa gorge, ainsi que d'une otite moyenne. Son affection actuelle débuta il y a un mois par une angine. Au bout de quelques jours, son médecin constatant le début d'une collection à gauche, lui fit 3 injections de propidon. Par la suite l'abcès s'ouvrit spontanément, mais devant l'insuffisance du drainage, on décida l'amygdalectomie bilatérale. Suites opératoires normales, permettant la sortie le 5^e jour. Nous avons convoqué la malade deux mois plus tard et n'avons constaté rien d'anormal.

OBS. XI. — Mme G... Joséphine, 31 ans, a été opérée le 17.1.1938 pour un phlegmon périamygdalien à gauche. Long passé d'angines dont la dernière fut particulièrement tenace. Devant son évolution lente, la malade vint consulter et on constata une grosse tuméfaction périamygdalienne gauche qui fut ponctionnée. L'amygdalectomie bilatérale apporta le soulagement immédiat et la malade quitta le service 3 jours après.

OBS. XII. — Mme M... Marcelle, 37 ans, vint consulter le 23.1.1938 pour fièvre et dysphagie. Elle avait présenté au début de la semaine une angine avec otalgie. A l'examen on trouve une grosse tuméfaction amygdalienne à droite, qui révèle du pus à la ponction. L'amygdale opposée est hypertrophiée, cryptique. On pratique l'amygdalectomie bilatérale. Le lendemain la température se maintient à 38°6, mais le soulagement est incontestable. Trimus et dysphagie avaient diminué. Le 2^e jour la température est encore à 38°2 et l'apyrexie totale n'est enregistrée que vers le 4^e jour. La malade ne quitte le service que le 6^e jour. Elle fut convoquée pour le mois de février. Son état était très satisfaisant. Apyrexie complète depuis la sortie. Bon état local.

OBS. XIII. — M. M... Jean-René, 17 ans. Le début de l'affection se manifesta par une angine consécutive à une injection de novar. Cette angine évolua normalement vers la guérison, lorsque survint une nouvelle élévation thermique à 39°4. En même temps la dys-

phagie s'accroît. L'examen de la gorge révéla une collection amygdalienne à droite. La loge gauche vide témoigna d'une amygdalectomie récente. En effet, à la suite d'un phlegmon de ce côté on avait pratiqué il y a 7 mois l'ablation de l'amygdale à chaud en respectant l'amygdale droite qui paraissait saine.

Nous pratiquons l'amygdalectomie immédiate à droite. Les suites opératoires sont tout à fait normales. Dès le lendemain la température tombe à 37°2 et le malade quitte l'hôpital au bout de 3 jours.

OBS. XIV. — M. R... Georges, 43 ans, présentait un phlegmon de l'amygdale gauche, ayant débuté brusquement par frissons, fièvre à 39°. Rémission passagère pendant 2 jours, puis reprise brusque avec dysphagie intense, otalgie et température à 38°. Trimus très marqué. Adénopathie douloureuse à gauche. L'amygdale non phlegmoneuse est très petite et paraît saine. Son ablation paraissant très difficile, on ne pratique l'amygdalectomie qu'à gauche. Suites opératoires normales.

OBS. XV. — Mme L... Maria, 33 ans, avait souvent présenté des poussées d'amygdalite. A la suite d'une de ces poussées, elle se présenta à l'hôpital avec une collection périamygdalienne droite. L'amygdale opposée était ravinée, d'aspect cicatriciel. La ponction ayant révélé du pus, on pratiqua l'amygdalectomie bilatérale le 19.1.1938. Les suites opératoires furent sans histoire. L'état général et local satisfaisant permit la sortie le 3^e jour après l'intervention.

OBS. XVI. — Mme B... Maria, 21 ans, présentait une collection énorme à droite. L'amygdale opposée était elle-même très hypertrophiée. On constata en outre une grosse adénopathie sous-maxillaire bilatérale. Malgré l'état général précaire de la malade, on pratiqua l'amygdalectomie bilatérale. Le lendemain : état général stationnaire, temp. à 38°4, dysphagie et trimus encore un peu marqués, œdème de la langue. Le 2^e jour : légère élévation thermique à 39°, mais la malade se sent mieux. Le 4^e jour la température tombe à 37°8, soulagement important. Apyrexie totale le 6^e jour, jour de la sortie de notre malade.

Nous n'avons donc pas eu d'échec avec les 16 malades observés. Tous ont quitté le service le 6^e jour au plus tard. Un certain nombre a été revu quelque temps après l'opération. Ils présentaient tous un état général et local parfait.

14 malades ont subi l'amygdalectomie double, chez 2 malades nous n'avons pratiqué que l'ablation de l'amygdale phlegmoneuse. L'un avait déjà été opéré d'un côté, ce qui n'a pas empêché la formation d'un abcès du côté opposé (Obs. XIII). Chez l'autre, l'amygdale non phlegmoneuse avait des dimensions si réduites, que nous n'avons pas jugé nécessaire de l'enlever (Obs. XIV).

Parmi nos malades observés, 13 avaient un certain passé pharyngé. 4 avaient déjà présenté des phlegmons de l'amygdale, incisés précédemment.



ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'examen histo-pathologique des pièces opératoires nous a révélé des lésions que nous soupçonnions déjà par l'examen clinique et l'étude des antécédents. Presque toutes ces amygdales présentaient des lésions identiques, indiquant un processus inflammatoire intense.

Nous avons constaté un tissu folliculaire embryonnaire essentiellement formé de tissu conjonctif ; les fibroblastes sont nettement visibles, n'étant que partiellement différenciés. Ils possèdent un abondant protoplasma granuleux, très clair et relativement riche en chromatine. En certains points le noyau a une tendance à se lobé, signe d'activité suppurative. Entre ces cellules fibroblastiques orientées parallèlement existent sur chaque bord des cellules en fins faisceaux striés, opaques, onduleux. Elles sont formées elles-mêmes par des fibrilles de substance collagène. On constate en outre des mononucléaires d'origine soit sanguine, soit métaplasiques, en dérivation d'un fibroblaste. Les cellules lymphoïdes ont l'apparence d'une structure normale. Ces cellules sont très denses au voisinage du centre germinatif. Ce dernier est entouré par des plages ulcérées. Du côté opposé nous avons constaté que le revêtement malpighien paraît normal, mais en profondeur on constate un enroulement cryptique sans aucune apparence de dégénérescence.

CONCLUSIONS

1° Il est à priori difficile de tirer des conclusions définitives sur l'amygdalectomie bilatérale immédiate au cours des phlegmons unilatéraux. Le nombre d'observations publiées est trop restreint pour une méthode opératoire assez récente. Elle ouvre cependant des horizons nouveaux pour le traitement des phlegmons périamygdaliens.

2° Cette pratique opératoire ne paraît pas être dangereuse, malgré les craintes formulées par certains auteurs.

3° Elle évite au malade toute récurrence possible, tout en réalisant pour le médecin une précieuse économie de temps.

4° L'amygdale non phlegmoneuse n'est qu'exceptionnellement saine. Elle témoigne presque toujours d'un certain passé d'amygdalite.

5° L'ablation de cette amygdale met le malade à l'abri de toute nouvelle poussée.

6° Les suites opératoires sont normales, la guérison rapide.

Vu, le Doyen :

Pour le Doyen :

L'ASSESEUR,

A. BAUDOUIN

Vu, le Président de Thèse :

LEMAITRE

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur

de l'Académie de Paris

ROUSSY

BIBLIOGRAPHIE

- L. BALDENWECK. — Le traitement des phlegmons périamygdaliens (*Le Phare médical de Paris*, Juillet 1935).
- L'ablation de l'amygdale opposée au cours de l'amygdalectomie à chaud pour phlegmon périamygdalien unilatéral (*Bulletin de la société belge d'oto-rhino-laryngologie*, n° 3, 1937).
- H. BOURGEOIS. — Nouveau traitement abortif local des phlegmons périamygdaliens (*Progrès médical*, Mai 1929).
- G. CANUYT. — Les phlegmons de la loge amygdalienne. Etude expérimentale. Traitement chirurgical (*Ann. d'oto-laryngologie*, Février 1933).
- Traitement chirurgical des phlegmons de la loge amygdalienne. Technique opératoire en deux temps. L'amygdalectomie totale à tiède. (*Ann. d'oto-laryngologie*, Juillet 1933).
- G. CANUYT et T. HORNING. — Les abcès de la loge amygdalienne et l'amygdalectomie totale à chaud. (*Paris médical*, Septembre 1931).
- E. HALPHEN. — A propos de l'amygdalectomie à chaud dans le traitement des abcès périamygdaliens collectés. (*Société de laryngologie*, Janvier 1933).
- E. HALPHEN et N. DJIROPOULOS. — Traitement abortif des phlegmons de l'amygdale par le bactériophage. (*Presse médicale*, Janvier 1931).
- G. HOFER. — Die Tonsillektomie bei phlegmonösen und abszedierenden Prozessen an den Tonsillen. (*Wiener Klinische Wochenschrift*, 1927).
- A. JAUERNECK. — Erfahrungen mit Tonsillektomie im akut entzündlichen Stadium. (*Zeitschrift für oto-rhino-laryngologie*, 1935).
- GUILLEMIN et CAMOREYT. — Phlegmons périamygdaliens traités par l'amygdalectomie totale à chaud. (*Ann. d'oto-laryngologie*, Sept. 1933).
- L. LEROUX. — Le traitement des abcès périamygdaliens par l'amygdalectomie à chaud. (*Presse médicale*, Décembre 1932).
- L'amygdalectomie dans les phlegmons périamygdaliens. (*Ann. d'oto-laryngologie*, Juillet 1933).

- A. AUBRY. — Conduite à tenir en présence d'un phlegmon de l'amygdale. (*Journal de Médecine*, Avril 1934).
- M. MERENFELD. — Amygdalectomie à chaud dans les phlegmons périamygdaliens. (*Thèse de Paris* 1934).
- PEROZ. — Indication de l'amygdalectomie à chaud. (*Presse médicale*, Novembre 1935).
- W. SPEITEL. — Die Abscess-Tonsillektomie an der Greifwalder Klinik bei 374 Patienten. (*Arch. für Ohren-Nase-Kehlkopf*, 1936).
- J. TERRACOL. — Le siège anatomique des phlegmons périamygdaliens antéro-supérieurs. (*Ann. des maladies de l'oreille*, 19 janvier 1930).
- A. ZAMBRINO. — La amygdalectomia immediata en el tratamiento de los flegmones paratonsilares. (*Rev. méd. des Rosario*, Sept. 1933).

